

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Rumah Sakit**

Pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2020b).

Rumah sakit memiliki 20 kewajiban yang telah disebutkan pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan. Berikut merupakan kewajiban rumah sakit:

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada Masyarakat
- 2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya
- 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin
- 6) Melaksanakan fungsi sosial dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan

- 7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- 8) Menyelenggarakan rekam medis
- 9) Menyediakan sarana cian prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusri, anak-anak, dan lanjut usia
- 10) Melaksanakan sistem rujukan
- 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan
- 12) Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
- 13) Menghormati dan melindungi hak pasien
- 14) Melaksanakan etika rumah sakit
- 15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
- 16) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional
- 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
- 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit
- 19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas
- 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok (Kemenkes RI, 2021b).

#### **A. Klasifikasi Rumah Sakit**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, rumah sakit menurut jenis pelayanan yang diberikan dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi 4 kelas atau *type*, yaitu

rumah sakit kelas A, B, C, dan D. Berikut merupakan jenis rumah sakit umum:

- 1) Rumah Sakit Kelas A, merupakan rumah sakit dengan jumlah tempat tidur paling sedikit 250 buah.
- 2) Rumah Sakit Kelas B, merupakan rumah sakit dengan jumlah tempat tidur paling sedikit 200 buah.
- 3) Rumah Sakit Kelas C, merupakan rumah sakit dengan jumlah tempat tidur paling sedikit 100 buah.
- 4) Rumah Sakit Kelas D, merupakan rumah sakit yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 buah (Kemenkes RI, 2020b).

## **B. Jenis Pelayanan Rumah Sakit**

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasaitan, jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit umum meliputi:

- 1) Pelayanan Medik dan Penunjang Medik, terdiri atas pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis, dan pelayanan medik subspecialis.
- 2) Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan
- 3) Pelayanan Kefarmasian, yang terdiri dari pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai yang dilakukan oleh instalasi farmasi sistem satu pintu, serta pelayanan farmasi klinik.
- 4) Pelayanan Penunjang, pelayanan ini dibagi menjadi dua jenis pelayanan yaitu pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan yang diberikan oleh tenaga non kesehatan. Pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan terdiri dari:
  - a) Pelayanan laboratorium
  - b) Pelayanan rekam medik
  - c) Pelayanan darah

- d) Pelayanan gizi
- e) Pelayanan sterilisasi yang tersentral
- f) Pelayanan penunjang lain.

### **2.1.2. Rekam Medis**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis dapat dibuat secara tertulis atau konvensional maupun secara elektronik. Namun, seiring dengan perkembangan teknologi digital di masyarakat menyebabkan rekam medis konvensional beralih menjadi rekam medis elektronik tanpa mengurangi keamanan dan kerahasiaan data dan informasi yang ada didalamnya (Kemenkes RI, 2022).

Seperti yang telah dijelaskan dalam Permenkes No. 24 Tahun 2022 pasal 2, tujuan diselenggarakannya rekam medis adalah untuk:

- 1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- 2) Memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis
- 3) Menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaan data rekam medis.
- 4) Mewujudkan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi.

Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (Kemenkes RI, 2022) paling sedikit terdiri atas:

- 1) Registrasi pasien
- 2) Pendistribusian data rekam medis elektronik
- 3) Pengisian informasi klinis
- 4) Pengolahan informasi rekam medis elektronik
- 5) Penginputan data untuk klaim pembiayaan
- 6) Penyimpanan rekam medis elektronik

- 7) Penjaminan mutu rekam medis elektronik
- 8) Transfer isi rekam medis elektronik

Kegunaan utama dari rekam medis adalah sebagai bukti perjalanan penyakit pasien dan pengobatan yang telah diberikan, alat komunikasi diantara para tenaga kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien, sumber informasi untuk riset dan pendidikan, serta sebagai sumber dalam pengumpulan data statistik kesehatan. Menurut Depkes RI (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006), kegunaan rekam medis yaitu:

- 1) Aspek Administrasi

Rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isi dari rekam medis menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

- 2) Aspek Medis

Rekam medis digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis, serta keamanan/ keselamatan pasien dan kendali biaya.

- 3) Aspek Hukum

Dalam rekam medis terdapat jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

- 4) Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/ informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5) Aspek Penelitian

Berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian karena isinya menyangkut data dan informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

6) Aspek Pendidikan

Rekam medis memiliki nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/ informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/ referensi pengajaran dibidang profesi pendidikan kesehatan.

7) Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

### **2.1.3. Diagnosis**

Diagnosis adalah penentuan sifat penyakit yang membedakan satu penyakit dengan penyakit lainnya (Dorland, 2020). Menurut Gemala Hatta (2010), diagnosis dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Kondisi Utama/ Diagnosis Utama

Kondisi utama adalah suatu diagnosis yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan atau pemeriksaan, yang ditegakkan pada akhir episode perawatan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya pengobatannya.

2) Diagnosis Sekunder, Komorbiditas, Diagnosis Pengikut, dan Komplikasi

a) Diagnosis sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan.

- b) Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama/ kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan asuhan khusus setelah masuk dan selama dirawat.
- c) Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Penegakan dan penulisan diagnosis, baik diagnosis utama, diagnosis sekunder maupun tindakan/ prosedur merupakan tugas dan tanggung jawab seorang dokter. Selain itu, dokter juga bertanggung jawab untuk membuat resume medis secara lengkap, jelas, dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit (Kemenkes RI, 2021a).

Pada kasus cedera yang diakibatkan oleh penyebab eksternal, sangat penting untuk menjabarkan secara lengkap kondisi tersebut dan kenapa itu terjadi. Salah satu klasifikasi kasus cedera adalah fraktur. Diagnosis fraktur dikatakan lengkap jika terdapat letak situs anatomi, jenis fraktur tertutup atau terbuka, dan penyebab eksternal. Contohnya adalah “*fracture corpus femur* yang disebabkan karena terpeleset di lantai yang licin” (WHO, 2010).

#### **2.1.4. Fraktur**

Fraktur merupakan hilangnya kontinuitas tulang, total atau sebagian, ditentukan oleh jenis dan derajatnya. Patah tulang dapat disebabkan oleh trauma atau kekuatan fisik. Patah tulang terjadi jika tulang mendapat tekanan yang lebih besar daripada daya serap tulang tersebut. Tingkat keparahan patah tulang ditentukan oleh kekuatan gaya, kondisi tulang, dan jaringan lunak yang ada di sekitar tulang.

## A. Klasifikasi Fraktur

Dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC, fraktur dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan komplit atau tidak komplit fraktur
  - a) Fraktur Komplit, jika fraktur melintasi seluruh penampang tulang atau kedua korteks.
  - b) Fraktur Tidak Komplit, jika garis fraktur tidak melintasi seluruh garis penampang tulang.
- 2) Berdasarkan bentuk dan jumlah garis
  - a) Fraktur Komunitif, merupakan fraktur yang mempunyai lebih dari satu garis patahan dan saling berhubungan.
  - b) Fraktur Segmental, merupakan fraktur yang mempunyai lebih dari satu garis patahan tetapi tidak saling berhubungan.
  - c) Fraktur Multiple, merupakan fraktur yang memiliki beberapa garis patahan tetapi tidak terletak pada satu tulang yang sama.
- 3) Berdasarkan posisi fragmen
  - a) Fraktur *Undisplace*, garis fraktur lengkap tetapi kedua fragmen tulang tidak bergeser dan periosteum masih utuh.
  - b) Fraktur *Displaced*, terjadi pergeseran fragmen tulang.
- 4) Berdasarkan sifat fraktur
  - a) Fraktur Tertutup (*Closed*)

Pada fraktur tertutup terdapat klasifikasi tersendiri berdasarkan kondisi jaringan lunak yang ada di sekitar luka, yaitu:

    - i. Tingkat 0, merupakan fraktur dengan sedikit atau tanpa cedera pada jaringan lunak di sekitarnya.



- ii. Tingkat 1, merupakan fraktur dengan abrasi superfisial atau memar pada kulit dan jaringan subkutan.
- iii. Tingkat 2, merupakan fraktur yang lebih serius dengan memar dan pembengkakan jaringan lunak yang dalam
- iv. Tingkat 3, merupakan trauma berat dengan kerusakan jaringan lunak yang nyata dan ancaman sindroma kompartement.

b) Fraktur Terbuka (*Open/ Compound*)

- i. Grade I: luka bersih panjangnya kurang dari 1 cm, kerusakan jaringan lunak minimal.
- ii. Grade II: panjang luka lebih dari 1 cm, tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas.
- iii. Grade III: sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan pada jaringan lunak seperti otot, kulit, dan struktur neurovascular. Grade III ini dibagi menjadi Grade IIIA (tidak membutuhkan kulit sebagai penutup), Grade IIIB (jaringan lunak hilang sehingga tampak jaringan tulang dan membutuhkan kulit sebagai penutup), dan Grade IIIC (adanya kerusakan arteri yang harus diperbaiki dan berisiko dilakukan amputasi).

5) Berdasarkan bentuk garis fraktur dan hubungan dengan mekanisme trauma

- a) Fraktur Transversal, fraktur yang arahnya melintang pada tulang dan merupakan akibat trauma langsung.
- b) Fraktur Oblik, fraktur yang arah garis patahnya membentuk sudut terhadap sumbu tulang
- c) Fraktur Spiral, fraktur yang arah garis patahnya berbentuk spiral disebabkan karena trauma rotasi.

- d) Fraktur Kompresi, fraktur yang terjadi karena trauma aksial fleksi yang mendorong tulang ke arah permukaan lain.
  - e) Fraktur Avulsi, merupakan fraktur yang disebabkan karena trauma tarikan.
- 6) Berdasarkan kedudukan tulang
- a) Tidak ada dislokasi
  - b) Ada dislokasi
- 7) Berdasarkan posisi fraktur
- Satu batang tulang terbagi menjadi tiga bagian:
- a) 1/3 proksimal
  - b) 1/3 medial
  - c) 1/3 distal
- 8) Fraktur kelelahan, merupakan fraktur yang terjadi akibat adanya tekanan yang berulang-ulang.
- 9) Fraktur patologis, merupakan fraktur yang disebabkan karena proses patologis tulang.

## **B. Etiologi Fraktur**

Menurut Price dan Wilson (2015) dalam Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi Nanda NIC & NOC, etiologi dari fraktur ada 3, yaitu:

- 1.) Cedera, dapat disebabkan karena cedera langsung, cedera langsung, atau fraktur yang terjadi akibat kontraksi keras dari otot yang kuat secara mendadak.
- 2.) Fraktur Patologik, terjadi pada daerah tulang yang telah lemah karena tumor, kanker, atau osteoporosis.
- 3.) Fraktur Beban, fraktur yang terjadi pada orang-orang yang baru saja menambah tingkat aktivitas mereka.

### **C. Manifestasi Klinis Fraktur**

Menurut (Smelzter & Bare, 2012), manifestasi klinis fraktur adalah:

- 1) Nyeri terus menerus
- 2) Bagian yang mengalami fraktur tidak dapat digunakan dan cenderung bergerak secara tidak alamiah.
- 3) Terjadi pemendekan tulang pada fraktur panjang karena kontraksi otot yang melekat di atas dan bawah tempat fraktur.
- 4) Saat ekstremitas di periksa dengan tangan, teraba adanya derik tulang akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya
- 5) Terjadi pembengkakan dan perubahan warna local pada kuli terjadi akibat trauma dan perdarahan yang mengikuti fraktur.

### **D. Pemeriksaan Penunjang dan Penatalaksanaan Fraktur**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis fraktur adalah:

- 1) Foto radiologi, untuk menentukan luas dan lokasi fraktur.
- 2) Pemeriksaan jumlah darah lengkap
- 3) Arteriografi, untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
- 4) Kreatinin, trauma otot meningkat beban kreatinin untuk kliens ginjal.
- 5) Scan tulang, untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas dan mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.

Sedangkan penatalaksanaan/ tindakan yang dapat diberikan pada pasien dengan penyakit fraktur adalah sebagai berikut:

#### **1) Reduksi**

Reduksi fraktur bertujuan untuk mengembalikan fragmen tulang pada kesejajarannya, baik secara reduksi tertutup atau reduksi terbuka.

## 2) Imobilisasi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran dan pergerakan fragmen yang dapat mengancam penyatuan. Imobilisasi dapat dilakukan dengan dua metode yaitu metode eksterna dan interna.

## 3) Pembedahan

Yaitu dengan melakukan pemasangan screw dan plate atau pen. Cara ini merupakan salah satu bentuk reduksi dan imobilisasi yang dikenal dengan istilah ORIF (*Open Reduction and Internal Fixation*) (Suriya & Zuriati, 2019).

### 2.1.5. ICD-10

*The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems-10<sup>th</sup> Revision* merupakan kepanjangan dari ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO. Sistem ini adalah sistem klasifikasi komprehensif yang diakui secara internasional (Hatta, 2013). ICD-10 memiliki fungsi sebagai sistem klasifikasi penyakit dan masalah terkait kesehatan dan sebagai informasi statistik morbiditas dan mortalitas (Hatta, 2013). Penerapan pengkodean ICD juga digunakan untuk:

- 1) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan
- 2) Masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
- 3) Memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan
- 4) Pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas
- 5) Tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis
- 6) Menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman
- 7) Analisis pembiayaan pelayanan kesehatan
- 8) Untuk penelitian epidemiologi dan klinis

## A. Klasifikasi ICD-10

ICD-10 terdiri atas 3 volume, yaitu:

### 1) Volume 1

Volume 1 berisi tentang klasifikasi utama. Klasifikasi dalam ICD-10 dibagi menjadi 22 Bab, dimana karakter dari kode ICD-10 adalah huruf. Setiap hurufnya berhubungan dengan bab tertentu. Berikut daftar kode ICD-10:

Tabel 2. 1 Bab dalam ICD-10

BAB	BLOK	JUDUL
I	A00 – B99	Penyakit infeksius & parasitik
II	C00 – D48	Neoplasma
III	D50 – D89	Penyakit darah & organ pembentuk darah, termasuk gangguan sistem imun
IV	E00 – E90	Gangguan endokrin, nutrisi, & metabolik
V	F00 – F99	Gangguan jiwa & perilaku
VI	G00 – G99	Penyakit pada sistem saraf
VII	H00 – H59	Penyakit mata & adneksa
VIII	H60 – H95	Penyakit telinga & mastoid
IX	I00 – I99	Penyakit pada sistem sirkulasi
X	J00 – J99	Penyakit pada sistem pernafasan
XI	K00 – K93	Penyakit pada sistem pencernaan
XII	L00 – L99	Penyakit pada kulit & jaringan subkutan
XIII	M00 – M99	Penyakit pada sistem muskuloskeletal
XIV	N00 – N99	Penyakit pada sistem saluran kemih & genital
XV	O00 – O99	Kehamilan dan kelahiran
XVI	P00 – P96	Keadaan yang berasal dari periode perinatal
XVII	Q00 – Q99	Malformasi kongenital, deformasi, & kelainan kromosom
XVIII	R00 – R99	Gejala, tanda, kelainan klinik, dan kelainan laboratorik yang tidak ditemukan pada klasifikasi lain
XIX	S00 – T98	Keracunan, cedera, dan beberapa penyebab eksternal
XX	V01 – Y98	Penyebab eksternal morbiditas & kematian
XXI	Z00 – Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa kesehatan
XXII	U00 – U99	Kode untuk tujuan khusus

## 2) Volume 2

Volume 2 berisikan deskripsi Sejarah ICD dan pedoman penggunaan ICD mulai dari struktur dan prinsip klasifikasi, aturan *coding* morbiditas dan mortalitas, presentasi statistik serta petunjuk praktis bagi pengguna ICD.

## 3) Volume 3

Merupakan indeks alphabetic bagi klasifikasi. Dalam ICD-10 volume 3, indeks alphabetic terbagi menjadi 3 bagian, sebagai berikut:

### a. Bagian I

Berisi tentang terminologi yang terdapat dalam Bab I-XIX dan Bab XXI, kecuali obat dan zat kimia.

### b. Bagian II

Merupakan indeks sebab luar morbiditas dan mortalitas yang ada di dalam Bab XX, kecuali obat dan zat kimia.

### c. Bagian III

Berisi tentang tabel obat dan zat kimia lainnya, berisi masing-masing substansi yang digunakan untuk mengkode kasus keracunan dan efek samping obat yang terdapat pada Bab XIX. Sedangkan pada Bab XX menunjukkan sebab keracunan, apakah keracunan tersebut sengaja dilakukan atau tidak, dan tak ditentukan, atau merupakan efek samping dari substansi yang telah diberikan dengan benar.

## **B. Tanda Baca ICD-10**

Di dalam ICD-10 terdapat simbol-simbol atau tanda baca untuk menunjukkan kondisi tertentu. Berikut merupakan tanda baca dan makna penggunaannya yang ada di dalam ICD-10:

### a) *Inclusion Terms*

Merupakan istilah diagnostik yang diklasifikasikan dalam suatu kelompok kode. Dapat digunakan pada kondisi yang berbeda atau sinonimnya.

b) *Exclusion Terms*

Istilah ini digunakan pada keadaan yang menurut judulnya dianggap termasuk dalam kelompok ini, tetapi sebenarnya diklasifikasikan di tempat lain.

c) *Parentheses ( )*

Tanda baca parentheses ini digunakan dalam 4 kondisi, yaitu:

1. Untuk memasukkan kata tambahan yang mengikuti istilah diagnostik tanpa mempengaruhi kode ICD. Contoh:

I10 Hypertension (arterial) (benign) (essential)  
(malignant) (primary) (systemic)

2. Untuk mengurung kode '*exclusion term*'

H01.0 Blepharitis

Excludes: blepharoconjunctivis (H10.5)

3. Untuk mengurung karakter kode ke-3 yang termasuk kategori dalam blok tersebut.
4. Untuk mengurung kode dagger dalam kategori asterik atau sebaliknya.

d) *Square Brackets [ ]*

Square brackets digunakan untuk:

1. Mengurung sinonim, kata alternatif, atau frasa penjelasan.

A30 Leprosy [Hansen's Disease]

2. Merujuk ke catatan sebelumnya

C00.8 Overlapping lesion of lip [see note 5 on page 182]

3. Mengacu pada subduvisi 4-karakter kategori yang telah dinyatakan sebelumnya, yang biasa digunakan untuk beberapa kategori.

e) *Colon :*

Digunakan dalam daftar *inclusion* atau *exclusion term* jika kata sebelumnya belum lengkap. Kata ini memerlukan satu/ lebih kata sifat (*modifying/qualifying*) yang menerangkan sesuatu sebelum ditentukan nomor kode yang sesuai.

f) *Brace }*

Digunakan untuk menunjukkan bahwa kata sebelumnya atau sesudahnya bukanlah kata yang lengkap.

g) NOS

NOS singkatan dari “*Not Otherwise Specified*” yang artinya ‘*unspecified*’ atau ‘*unqualified*’. Adanya NOS ini mengharuskan petugas *coding* agar lebih berhati-hati dalam menetapkan kode ke dalam kategori NOS jika tidak benar-benar ada keterangan yang dapat membantu menggolongkan ke dalam kategori yang spesifik.

h) NEC

Singkatan dari *Not Elsewhere Classified* berfungsi sebagai peringatan bahwa varian spesifik kondisi tersebut ditemukan lebih tepat harus dicari dulu.

i) *And*

Bisa diartikan sebagai “*and*” atau “*or*”

j) *Point Dash* .-

Tanda dash atau strip digunakan untuk menggantikan karakter ke-4. Hal ini menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari pada kategori yang sesuai sehingga menghasilkan kode yang spesifik.

k) *Cross-references*

Tanda ini hanya dijumpai pada indeks alfabetik di volume 3. *Cross-references* ini digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu dari terminology dalam indeks. Kata “*see*” mengharuskan petugas koder untuk merujuk ke bagian lain dalam indeks jika pernyataan yang di kode juga berisi informasi yang ada dalam kondisi di bagian lain yang harus dirujuk tadi.



### C. Aturan *Coding* Morbiditas ICD-10

Salah satu kompetensi seorang perakam medis adalah mampu melakukan klasifikasi dan kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2020a). Apabila dalam melakukan pengodean koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Jika koder tidak berhasil melakukan klarifikasi, maka koder dapat memilih kembali kode diagnosis utama (*reseleksi*) menggunakan aturan morbiditas *rule* MB1 sampai MB5. Berikut merupakan aturan untuk *reseleksi* kondisi utama (Kemenkes RI, 2021a):

- 1.) *Rule* MB1. Kondisi Minor Tercatat sebagai “Kondisi Utama”, sedangkan Kondisi yang Lebih Bermakna Dicitat sebagai “Kondisi Lain”

*Rule* MB1 digunakan ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama/ masalah insidental tercatat sebagai kondisi utama, sedangkan kondisi yang lebih berarti, relevan dengan pengobatan dan prosedur, atau spesialisasi perawatan tercatat sebagai diagnosis sekunder.

- 2.) *Rule* MB 2. Beberapa Kondisi Tercatat sebagai “Kondisi Utama”

Jika beberapa kondisi tidak dapat dikodekan bersamaan tercatat sebagai "kondisi utama" dan catatan menunjukkan bahwa salah satunya adalah kondisi utama dalam perawatan pasien, maka pilih kondisi tersebut. Jika tidak, pilih kondisi yang pertama kali disebutkan atau spesialisasi yang menangani.

3.) *Rule* MB 3. Kondisi yang Dicatat sebagai “Kondisi Utama” merupakan Gejala dari Kondisi yang telah Didiagnosis dan Diobati

Apabila gejala atau masalah kesehatan yang diklasifikasikan pada Bab XXI dicatat sebagai kondisi utama dan kondisi tersebut merupakan tanda atau gejala dari kondisi yang telah didiagnosis sebagai diagnosis sekunder dan telah dirawat, maka pilih kondisi yang didiagnosis tersebut sebagai diagnosis utama.

4.) *Rule* MB 4. Kespesifikan

Apabila diagnosis yang tercatat sebagai kondisi utama menggambarkan kondisi yang bersifat umum, sedangkan terdapat diagnosis lain yang lebih spesifik mengenai anatomi/ penyebab, maka dipilih kondisi yang lebih spesifik sebagai kondisi utama.

5.) *Rule* MB 5. Alternatif “Kondisi Utama”

Apabila terdapat gejala ditulis sebagai diagnosis utama yang kemungkinan saling berkaitan, maka gejala tersebut sebagai diagnosis utama. Atau jika terdapat dua atau lebih diagnosis tertulis sebagai kondisi utama, maka pilih diagnosis yang pertama kali ditulis oleh DPJP sebagai diagnosis utama.

## **2.1.6. Klasifikasi Dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit**

### **A. Pengertian Klasifikasi dan Kodefikasi Diagnosis Penyakit**

Sistem klasifikasi penyakit merupakan sistem yang mengelompokkan kode penyakit dan tindakan yang sejenis. Di Indonesia, sistem klasifikasi yang digunakan sejak tahun 1996 sampai sekarang adalah ICD-10 dari WHO. Sistem klasifikasi ini digunakan untuk memudahkan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, pengambilan, dan analisis data kesehatan. Selain itu, sistem klasifikasi ini dapat membantu dalam pengembangan dan

penerapan sistem pencatatan dan pengumpulan data pelayanan klinis pasien secara manual maupun elektronik.

Kegiatan meng*coding* dalam rekam medis diartikan sebagai proses translasi dari suatu diagnosis penyakit, prosedur medis, jasa, ataupun pelayanan ke dalam kode alfanumerik atau numerik untuk memudahkan penyimpanan, *retrieval*, analisis data, pelaporan statistik dan *reimbursement* (Hatta, 2013). Sedangkan menurut Dirjen Yanmed (2006), pemberian kode atau *coding* adalah proses penetapan kode dengan menggunakan huruf, angka, atau kombinasi keduanya untuk mempresentasikan komponen data (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006).

Tujuan pengkodean diagnosis adalah untuk memudahkan pelayanan informasi dalam mendukung fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan.

#### **B. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Coding***

Kecepatan dan ketepatan pemberian kode diagnosis penyakit dipengaruhi oleh (Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2006):

- 1) Tenaga medis dalam menetapkan diagnosis
- 2) Perekam medis sebagai petugas kodefikasi
- 3) Tenaga kesehatan lainnya

#### **C. Langkah-langkah Kodefikasi**

Menurut Gemala Hatta (2013), terdapat 9 langkah dasar dalam menentukan kode, yaitu:

- 1) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet Volume 3. Bila pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I-XIX atau XXI (Vol.1), gunakan sebagai "*leadterm*" untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada *alphabetical index* seksi I yang ada di Vol.3. Bila pernyataan merupakan sebab luar dari cedera yang ada pada Bab XX

(Vol.1), maka lihat dan cari kodenya pada seksi II yang ada di Vol.3.

- 2) Cari *leadterms* (kata panduan), untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologinya. Kata panduan sebaiknya tidak menggunakan istilah benda anatomi, kata sifat, atau kata keterangan. Walaupun pada beberapa kondisi, kata sifat di dalam indeks tercantum sebagai “*leadterm*”.
- 3) Baca dan ikuti catatan yang muncul dibawah istilah yang akan dipilih pada volume 3.
- 4) Baca kata yang terdapat dalam *parentheses* tanda kurung “( )” setelah *leadterm* (kata dalam kurung tidak dapat berpengaruh pada kode). Istilah lain yang ada di bawah *leadterm* dapat mempengaruhi kode, sehingga semua kata-kata diagnosis harus diperhitungkan.
- 5) Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross-reference*) dan perintah “*see*” dan “*see also*” yang terdapat pada indeks.
- 6) Lihat daftar tabulasi pada volume 1 untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode 3 karakter di indeks dengan tanda *dash* “-” pada posisi ke-4. Hal tersebut memiliki arti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada didalam vol 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (vol 3).
- 7) Ikuti pedoman *inclusion* dan *exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
- 8) Tentukan kode
- 9) Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diganosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama di berbagai lembar formulir rekam medis pasien, guna menunjang aspek legal rekam medis yang dikembangkan (Hatta, 2013).

#### D. Kodefikasi Fraktur

Pada ICD-10, Bab XIX berhubungan dengan kondisi cedera, keracunan, dan akibat lain tertentu dari penyebab eksternal dengan Blok Kode S00 – T98. Untuk kodefikasi kasus fraktur tersebar pada Blok Kode S00 – T12. Berikut merupakan blok kode untuk kasus fraktur yang terdapat pada Bab XIX:

Tabel 2. 2 Blok Kodefikasi Fraktur Pada ICD-10

No.	Blok Kode	Keterangan
1.	S02	<i>Fracture of skull and facial bones</i>
2.	S12	<i>Fracture of neck</i>
3.	S22	<i>Fracture of rib(s), sternum and thoracic spine</i>
4.	S32	<i>Fracture of lumbar spine and pelvis</i>
5.	S42	<i>Fracture of shoulder and upper arm</i>
6.	S52	<i>Fracture of forearm</i>
7.	S62	<i>Fracture at wrist and hand level</i>
8.	S72	<i>Fracture of femur</i>
9.	S82	<i>Fracture of lower leg, including unkle</i>
10.	S92	<i>Fracture of foot, except ankle</i>
11.	T02	<i>Fracture involving multiple body regions</i>
12.	T10	<i>Fracture of upper limb, level unspecified</i>
13.	T12	<i>Fracture of lower limb, level unspecified</i>

Menurut ICD-10, aturan dan pedoman pengkodean morbiditas dan mortalitas pada kasus fraktur harus menerapkan karakter tambahan/ karakter kelima untuk mengidentifikasi jenis fraktur. Kode 0 untuk mengidentifikasi jenis fraktur tertutup dan Kode 1 untuk fraktur terbuka. Jika jenis fraktur tidak dijelaskan terbuka atau tertutup maka dapat diklasifikasikan sebagai fraktur tertutup.

Dibawah ini diberikan contoh pengkodean diagnosis utama pada kasus fraktur yang lengkap dan benar sesuai dengan ketentuan ICD-10 revisi 10 dengan menggunakan Rule MB.

Kondisi utama : Gagal jantung kronis  
Kondisi lain : Fraktur leher femur karena jatuh dari tempat tidur selama rawat inap pasien di rumah sakit selama 4 minggu

Prosedur : Internal fiksasi pada fraktur  
 Spesialisasi : Perawatan interna selama 1 minggu, kemudian pindah ke perawatan bedah ortopedi untuk pengobatan fraktur

Aturan reseleksi morbiditas yang digunakan pada contoh kasus diatas adalah Rule MB1. Hal tersebut dikarenakan kondisi minor dicatat sebagai kondisi utama, sedangkan fraktur sebagai kondisi yang lebih relevan terhadap pengobatan yang diberikan tercatat sebagai kondisi lain. Sehingga hasil reseleksi kode fraktur leher femur sebagai kondisi utama.

Berikut merupakan langkah-langkah pengkodean diagnosis fraktur leher femur karena jatuh dari tempat tidur selama rawat inap pasien di rumah sakit selama 4 minggu:

Terminologi Medis : *Fracture Neck Femur*

- 1) Langkah 1: Mengidentifikasi diagnosis penyakit yang akan dikode → diagnosis yang akan dikode adalah *Fracture Neck Femur*
- 2) Langkah 2: Menentukan *leadterm* dari diagnosis penyakit → *leadterm* pada diagnosis ini adalah '*fracture*'
- 3) Langkah 3: Mencari kode yang sesuai di alphabetical index (ICD-10) → Cari alfabet 'F' pada *alphabetical index* (Vol.3), kemudian cari '*fracture*'. Setelah menemukan kata *fracture*, lihat indentasi dibawahnya yang merujuk pada diagnosis yang telah dituliskan.



Gambar 2. 1 Alphabetical Index Fracture di ICD-10 Volume 3

- 4) Langkah 4: Melihat keterangan atau perintah lain yang berpengaruh pada nomer kode → indentasi pertama yang dicari adalah *femur* (menjelaskan lokasi anatomi fraktur) dan indentasi kedua adalah *neck*.

```

- - vertebra M48.4
- femur, femoral S72.9
- - birth injury P13.2
- - condyles, epicondyles S72.4
- - distal end S72.4
- - epiphysis
- - - head S72.0
- - - lower S72.4
- - - upper S72.0
- - head S72.0
- - intertrochanteric S72.1
- - intratrochanteric S72.1
- - lower (end or extremity) S72.4
- - multiple S72.7
- - neck S72.0

```

Gambar 2. 2 Indentasi Fracture

- 5) Langkah 5: Menentukan kode ICD-10 volume 3 → lihat kode yang ada dibelakang ‘neck’ yaitu S72.0
- 6) Langkah 6: Melakukan *crosscheck* kode tersebut di Volume 1, kemudian membaca note, include, dan exclude → setelah *crosscheck* di ICD-10 Vol.1, pada kode S72.0 tertera *Fracture of neck femur* dengan *note fracture of hip NOS*. Pada Blok Kode S72 terdapat keterangan untuk blok kode S72 terdapat subdivision kode tambahan yang menjelaskan jenis fraktur. Kode ‘0’ untuk fraktur tertutup dan kode ‘1’ fraktur terbuka.
- 7) Langkah 7: Mengikuti pedoman *note*, *include*, dan *exclude* dan meneliti kembali dengan diagnosis pasien → karena pada diagnosis tidak disebutkan terbuka atau tertutup, maka subdivisi yang dipilih adalah ‘0’

### **S72** Fracture of femur

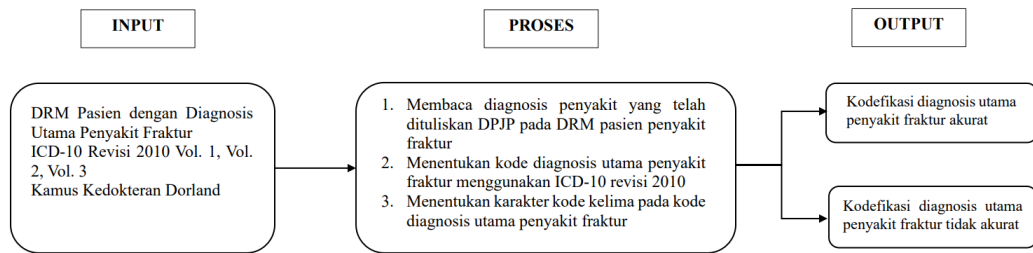
The following subdivisions are provided for optional use in a supplementary character position where it is not possible or not desired to use multiple coding to identify fracture and open wound; a fracture not indicated as closed or open should be classified as closed.

- 0 closed
- 1 open

Gambar 2. 3 Blok Kode S72 Fracture of femure

- 8) Langkah 8: Menentukan dan menuliskan kode akhir diagnosis dengan benar → kode diagnosis fraktur: S72.00

## 2.2. Kerangka Konsep



Gambar 2. 4 Kerangka Konsep